

LÄHETYSTIEDOT

Lähettävä sairaala ja osasto	Eriävä laskutusosoite
Osoite	Eriävä vastausosoite
Näyte saapuu/kuljetustapa	Yhteyshenkilö ja puhelinnumero

TUTKITTAVAN TIEDOT

Sukunimi	Henkilötunnus	Diagnoosi ja sairauden vaihe	
Etinimi	Näytteenotto-vm	Asiakkaan näytenumero	Veriryhmä

PYYDETYT TUTKIMUKSET	
<input type="checkbox"/> SPRV 005306 <input type="checkbox"/> SPRV 005356	HLA1 tutkimus B -Potilaan HLA1 tutkimuspaketti, kantasolusiirto B -Sukulaisluovuttajan HLA1 tutkimuspaketti, kantasolusiirto
<input type="checkbox"/> SPRV 005308 <input type="checkbox"/> SPRV 005370	HLA2 tutkimus Potilaan HLA2 tutkimuspaketti, kantasolusiirto Sukulaisluovuttajan HLA2 tutkimuspaketti, kantasolusiirto
<input type="checkbox"/> SPRV 005369	Haploidittinen kantasolusiirto, leukosyyttivasta-aineet S -Leukosyyttivasta-aineet, HLA-erollinen haploidittinen kantasolusiirto
<input type="checkbox"/> SPRV 005353	KIR-genotyypitys B -KIR, DNA-tutkimus (alihankintatutkimus)
<input type="checkbox"/> SPRV 005357 <input type="checkbox"/> SPRV 005406	Näytteen pakastus B -Potilaan HLA2 näyte pakastettavaksi myöhempää tutkimustarvetta varten, kantasolusiirto B -Sukulaisluovuttajan HLA2 näyte pakastettavaksi, kantasolusiirto
Tutkimuspakettien sisältö on kuvattu Tutkimusohjekirjassa.	

TAUSTATIEDOT
Tutkittava on <input type="checkbox"/> kantasolusiirtoa odottava potilas <input type="checkbox"/> potilaan luovuttajaehdokas <input type="checkbox"/> sisar <input type="checkbox"/> veli <input type="checkbox"/> äiti <input type="checkbox"/> isä <input type="checkbox"/> muu, mikä _____
Potilaan nimi _____
Potilaan hetu _____
Potilaan tutkittavien sisarusten lukumäärä _____
Lisätietoja (esim. siirto suunnitella haploidittiseltä luovuttajalta)
Näytteet: HLA1: 3 x 7 ml EDTA-verta ja 10 ml seerumiputki tai 2 ml seerumia HLA2: 3 x 7 ml EDTA-verta ja 10 ml seerumiputki tai 2 ml seerumia (HLA1 ja HLA2 otettava eri näytteenottokerroilla) KIR: 1 x 7 ml EDTA-verta Leukosyyttivasta-aineet: 10 ml seerumiputki tai 2 ml seerumia
<input type="checkbox"/> Näyte toimitettu aiemmin Veripalveluun

Tulos raportoidaan tarvittaessa potilaan kotisairaalan lisäksi siirtoyksikköön. Tutkimuksen tilaaja vastaa siitä, että tutkittavalta on saatu lupa tulosten siirtoon.

LÄHETYSOHJEET:

Postiosoite: Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, Kudossopeutuvuustutkimukset, PL 2, 01731 Vantaa

Toimitusosoite: Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, Näytteiden vastaanotto, Kudossopeutuvuustutkimukset, Härkälenkki 13 C, 01730 Vantaa

Lähete, näytteenotto- ja lähetysohjeet sekä tutkimuskuvaukset: www.veripalvelu.fi

Tutkimuksista voi tiedustella puh. 029 300 1796, ma-pe 9-15, efaksi 09 454 6253

Suomen Punainen Risti, Veripalvelu, Härkälenkki 13, 01730 Vantaa, vaihde 029 300 1010, veripalvelu.fi

Veripalvelu® on rekisteröity tavaramerkki.